

Aneurisma Subvalvar Mitral de Ventrículo Esquerdo

Cristina B. Terzi, Pablo M. A. Pomerantzeff, Maristela C. Monachini, Liliâne Kopel, Caio C. J. Medeiros, Sílvia G. Lage
São Paulo, SP

Homem branco, de 21 anos, encontrava-se com quadro de choque cardiogênico e congestão pulmonar de difícil controle, observando-se ao ecocardiograma transtorácico aneurisma de parede inferior do ventrículo esquerdo, em posição subvalvar mitral e importante insuficiência valvar mitral. Apresentou boa evolução clínica após a correção cirúrgica da insuficiência mitral e do aneurisma subvalvar. Enfatizamos que, quando possível, a plastia é preferível em relação à troca valvar, uma vez que a fragilidade do tecido na região do anel mitral dificulta o implante da prótese.

Mitral Subvalvar Aneurysm of the Left Ventricle

A twenty one year-old white man presented with cardiogenic shock and refractory pulmonary congestion. At the transthoracic echocardiogram a subvalvar left ventricular aneurysm of the inferior wall with severe mitral regurgitation was observed. The outcome was favorable after surgical correction of the mitral regurgitation and of the subvalvar aneurysm. We emphasize that, whenever possible, valvar repair is better than mitral replacement, since annulus tissue fragility causes suturing of the mitral prosthesis to be difficult.

Arq Bras Cardiol, volume 67 (nº5), 351-353, 1996

Os aneurismas são definidos como abaulamentos localizados na parede de uma artéria, veia ou coração. Aqueles que ocorrem no coração, localizam-se com preferência no ventrículo esquerdo (VE) e têm como principal causa o infarto agudo do miocárdio. Outras etiologias podem estar associadas às lesões cavitárias cardíacas, destacando-se infecções como endocardite infecciosa, miocardites viróticas, doença de Chagas, tuberculose, sífilis, febre reumática, arterite e trauma. Os aneurismas do VE, de localização subvalvar mitral ou aórtico, são raros, de etiologia não definida, sendo que a maioria dos casos descritos acomete jovens da raça negra de procedência africana¹⁻³. A distribuição étnica favorece a possibilidade congênita, como etiologia, embora seja difícil sua comprovação. Relatamos o caso de um paciente branco, portador de insuficiência mitral grave secundária a aneurisma subvalvar mitral do VE, destacando-se as dificuldades do manejo clínico e as implicações cirúrgicas desta rara doença.

Relato do Caso

Paciente masculino, branco, 21 anos, previamente assintomático, iniciou quadro de dispnéia aos grandes esforços há quatro meses. Evoluiu com progressão do sintoma chegando até dispnéia aos mínimos esforços e

ortopnéia, tendo procurado atendimento de emergência com quadro de edema agudo dos pulmões e hipotensão arterial sistêmica. Como antecedentes pessoais relatava tabagismo (cerca de 10 cigarros por dia) e uso crônico de cocaína por via inalatória.

Admitido na Unidade de Terapia Intensiva após reversão do quadro de edema agudo dos pulmões, apresentava-se em regular estado geral, perfusão periférica diminuída, FC= 98bpm, PA= 100/70mmHg, em uso de dobutamina endovenosa contínua (10µg/kg/min), taquipnéico (frequência respiratória de 24/min) com suplementação de oxigênio via cateter nasal. Ausculta cardíaca mostrava ritmo em três tempos com presença de 3ª bulha e sopro sistólico regurgitativo ++/4 em área mitral irradiado para linha axilar posterior. A palpação do abdômen demonstrou fígado a 4cm do rebordo costal direito, doloroso. Os membros inferiores apresentavam-se com edema (+++/4) e os pulsos periféricos estavam presentes e simétricos.

O eletrocardiograma revelou ritmo sinusal, bloqueio atrioventricular de 1º grau, sobrecarga de VE, área eletricamente inativa em parede ântero-septal. A radiografia de tórax mostrou cardiomegalia ++++/4 e aumento de átrio esquerdo. Exames de laboratório revelaram enzimas cardíacas CKMB e DHL normais. As sorologias para doença de Chagas, sífilis, hepatite e pesquisa de anticorpos anti-HIV foram negativas.

O ecocardiograma (ECO) transtorácico (fig. 1) demonstrou grande aneurisma basal de parede inferior do VE com função ventricular supostamente preservada (FE= 0,72). A avaliação da valva mitral mostrou prolapso do folheto posterior e falta de coaptação dos folhetos com insuficiência mitral importante. Havia aumento moderado do átrio esquerdo (5,6cm). A pressão sistólica do ventrículo

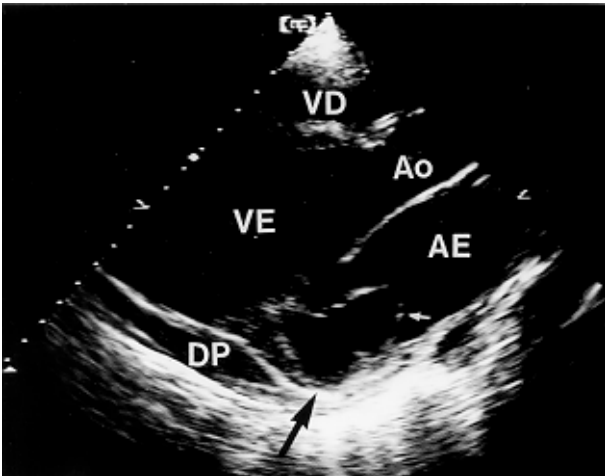


Fig. 1 - Ecocardiograma transtorácico em corte longitudinal paraesternal esquerdo pré-operatório. Presença de aneurisma subvalvar mitral (seta maior) e alterações do folheto posterior (seta menor). VD- ventrículo direito; VE- ventrículo esquerdo; DP- derrame pericárdico; AE- átrio esquerdo; AO- aorta.

direito (VD) foi estimada em 100mmHg com insuficiência tricúspide secundária. Havia derrame importante sem espessamento do pericárdio. O estudo transesofágico confirmou os achados do exame transtorácico.

Realizado cateterismo cardíaco direito que evidenciou presença de hipertensão arterial pulmonar (70/30mmHg) e pressão capilar pulmonar de 29mmHg. A ventriculografia esquerda evidenciou dilatação e hipocinesia difusa (+/4) com presença de aneurisma basal, adjacente à valva mitral, apresentando prolapso dos folhetos e insuficiência acentuada (fig. 2). A coronariografia revelou coronárias normais.

O paciente evoluiu com quadro de choque cardiogênico e congestão pulmonar de difícil controle, sendo indicado tratamento cirúrgico, visando a correção da insuficiência mitral. A cirurgia demonstrou valva mitral com grande insuficiência por dilatação do anel, que na sua porção posterior, junto à comissura póstero-medial, prolongava-se

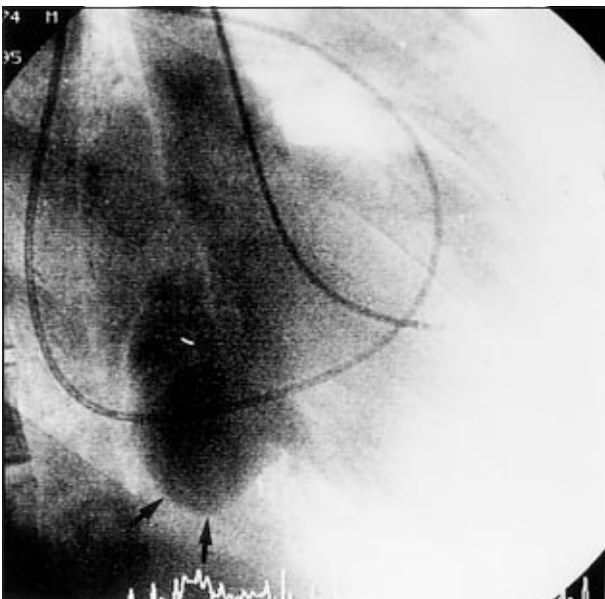


Fig. 2 - Ventriculografia esquerda (obliqua anterior direita). Grande aneurisma subvalvar mitral com óstio único (seta).

para o interior de um grande aneurisma. A correção da insuficiência mitral foi realizada pela plicatura desta porção dilatada do anel, tratando-se desta forma também o aneurisma. Ao teste no ato operatório não havia refluxo.

O ECO pós-operatório mostrou FEVE de 0,53 e movimento assíncrono do septo interventricular. O VD mostrou-se hipocinético e dilatado, estimando-se sua pressão sistólica em 56mmHg pelo ecodoppler cardiograma. Havia insuficiência mitral moderada (fig. 3). O paciente recebeu alta hospitalar no 18º pós-operatório em classe funcional (CF) II (NYHA). Após três meses de acompanhamento clínico, continuava em CF II.

Discussão

Os aneurismas subvalvares de VE apresentam-se como um tipo distinto de aneurisma, tendo sido descritos principalmente em pacientes jovens da raça negra. A maior parte dos relatos é da África, acometendo a população de classe social mais baixa^{1,4-6}. Caracterizam-se pela localização subvalvar mitral e/ou aórtica, podendo apresentar mais de um óstio e diferenciando-se dos aneurismas de etiologia isquêmica pela presença de um colo pequeno.

A manifestação clínica dos aneurismas subvalvares inclui a insuficiência cardíaca, angina de peito e taquicardia ventricular recorrente. A presença de insuficiência aórtica ou mitral pode ocorrer devido ao comprometimento do anel aórtico ou mitral. Nos casos subvalvares mitral, há envolvimento significativo de segmento do anel posterior da valva mitral, resultando na perda do suporte do folheto posterior com prolapso e conseqüente regurgitação. A compressão da artéria coronária com redução do fluxo coronário pode explicar os sintomas de isquemia miocárdica². Os aneurismas subvalvares podem apresentar trombos em seu interior, porém a embolização sistêmica não é comum, possivelmente devida a presença de colo pequeno em muitos dos casos. Somente dois casos de embolia sistêmica em pacientes com aneurisma de VE subvalvar foram relatados⁴.

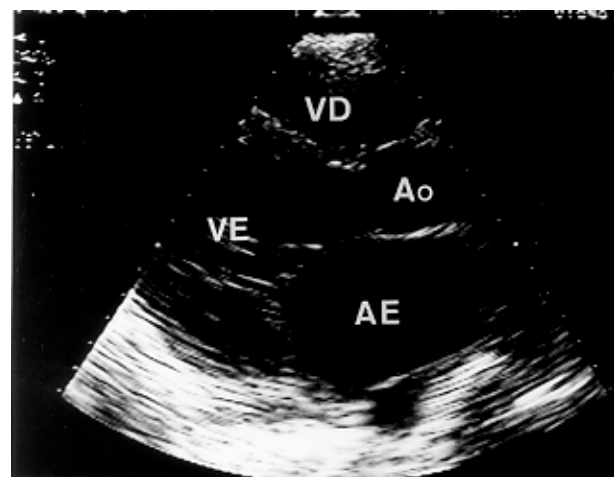


Fig. 3 - Ecocardiograma transtorácico em corte longitudinal paraesternal esquerdo após a plicatura cirúrgica do aneurisma.

A etiologia dos aneurismas subvalvares aórtico e mitral não está definida. Porém, devida a sua localização, predileção pelo acometimento de pacientes jovens da raça negra, na ausência de outras lesões cardíacas associadas, a etiologia congênita tem sido a mais aceita¹.

Uma revisão anatomopatológica de um período de 13 anos, realizada em Uganda⁵, estudou 11.098 necropsias e encontrou oito casos de aneurismas cardíacos, sendo cinco do tipo subvalvar (três aórticos e dois mitrais), confirmando a raridade da doença. Possíveis fatores etiológicos como sífilis, doença reumática, doença arterial coronária, doenças do tecido conectivo puderam ser afastadas nesses cinco casos. Quatro deles apresentavam trombos intracavitários, recentes e antigos. A etiologia dos outros três casos foi definida como isquêmico, sifilítico e indeterminada em um aneurisma de ápice de VE.

No nosso caso, as etiologias como doença de Chagas, tuberculose, sífilis e trauma foram afastadas com base na história clínica e nos exames laboratoriais.

A angiocoronariografia e o ECO são exames de importância para diagnóstico e planejamento da conduta terapêutica. Neste caso observou-se aneurisma com óstio e

pequeno colo, importante insuficiência mitral e moderado derrame pericárdio. Este último achado associa-se, com frequência, aos aneurismas, podendo causar restrição funcional⁵.

A cirurgia de ressecção deste tipo de aneurisma foi descrita^{1,2,5} como sendo de alta mortalidade e só indicada nos casos de deterioração importante da função cardíaca. A distorção do aparato valvar mitral leva à insuficiência mitral com características anatômicas que dificultam a correção cirúrgica. Em nossa experiência, um outro portador de aneurisma ventricular subvalvar mitral foi reoperado cinco vezes em um período de dois anos, sempre por escape valvar, ficando bem evidente nesse caso a fragilidade do tecido anular⁸.

No presente caso houve instabilidade do quadro hemodinâmico com evolução para choque cardiogênico refratário à terapêutica clínica, sendo, então, optado pelo tratamento cirúrgico de urgência. Acreditamos que, quando possível, a plastia é excelente opção devido aos problemas de consistência do anel e por preservar todo o aparelho subvalvar, o que beneficia a função ventricular esquerda.

Referências

1. Abrahams DG, Barton CJ, Cockshott W et al - Annular subvalvar left ventricular aneurysms. *Quart J Med* 1962; 31: 345-60.
2. Chesler E, Joffe N, Schamroth L, Meyers A - Annular subvalvar left ventricular aneurysm in South African Bantu. *Circulation* 1965; 32: 43-51.
3. Cockshott WP, Antia A, Ikeme A, Uzodike VO - Annular subvalvar left ventricular aneurysms. *Br J Radiol* 1967; 40: 424-35.
4. Chesler E, Turcker RBK, Barlow JB - Subvalvar and apical left ventricular aneurysms in the Bantu as a source of systemic emboli. *Circulation* 1967; 35: 1156-62.
5. Poltera A, Jones A - Subvalvar left ventricular aneurysms. A report of 5 Ugand cases. *Br Heart J* 1973; 35: 1085-91.
6. Adler R, Ortiz J, Matsumoto AY, Stolf N, Barreto ACP, Monaco CAF - Aspectos ecocardiográficos do pseudo-aneurisma da zona fibrosa intervalvar mitro-aórtica. *Arq Bras Cardiol* 1985; 45: 53-5.
7. Beck W, Schire V - Idiopathic mitral subannular left ventricular aneurysm in the Bantu. *Am Heart J* 1969; 78: 28-33.
8. Fabri HA, Monteiro ACM, Pomerantzeff PMA, Grinberg M, Verginelli G, Jatene AD - Aneurisma subvalvar mitral em paciente submetido a cinco cirurgias em três anos. *Arq Bras Cardiol* 1992; 59(supl): 85.